〒174-0063

東京都板橋区前野2-29-3

淑徳大学東京キャンパス

武内智弥研究室内

日本臨床動作学会事務局　　行

日本臨床動作学会事務局　行

退 会 届

会員番号（郵送宛名に印字された7桁の数字）、お名前、生年月日、送信年月日を明記の上、会員情報をご記入いただき、メール添付または郵送にてご送付下さい。

送信年月日　　　　　年　　　　　月　　　　　日

会員番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | フリガナ | 生年月日 | | 年 　　月　　日生 |
|  |
| フリガナ |  | | | |
| 自宅住所 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | |
| 電　話 | ( ) | FAX | ( ) | |
| E-mail |  | | | |
| 勤務先  名　称 |  | 職　名 |  | |
| フリガナ |  | | | |
| 勤務先  住　所 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | |
| 電　話 | ( ) | FAX | ( ) | |
| E-mail |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 退会の理由  （差障りのない範囲で  お願いします） |  |

会費振込先

加入者名：日本臨床動作学会

郵便振込口座：00970-3-147473

年度会費　　　3,000円(学生会員2,000円)

退会手続きには、未納年会費の納入が必要です。会員となっている年度までの会費をお振込み下さい。未納年会費の金額、会員番号等が不明の方は、学会事務局までお問い合わせください

ご注意